
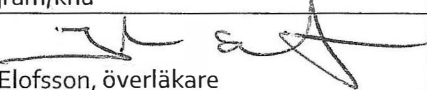

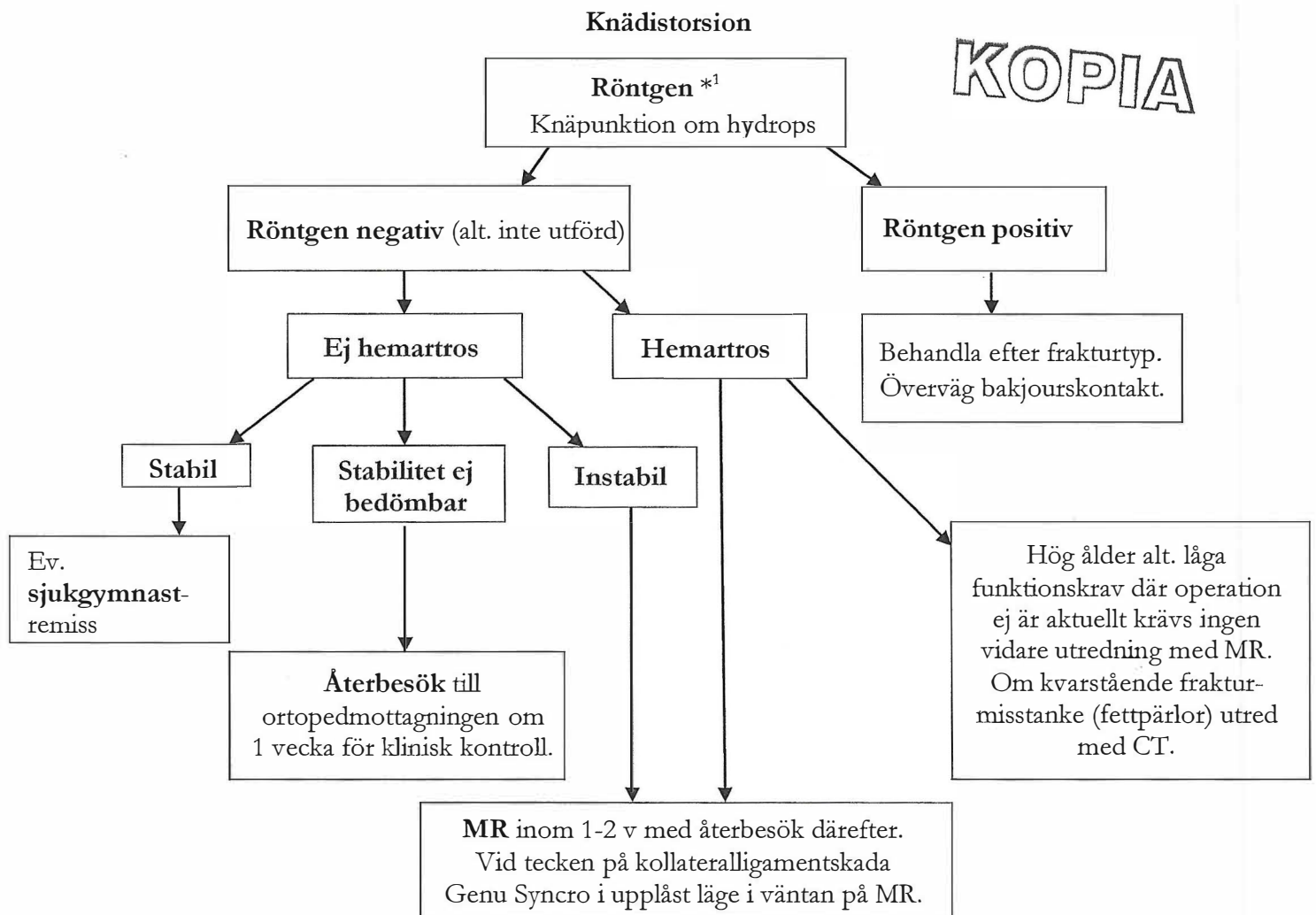


# PM

|   |   |
|---|---|
| Rubrik:<br><b>Knädistorsion, vårdprogram</b>  |   |
| Enhet/förvaltning:<br>Ortopedkliniken Blekingesjukhuset   | Huvudområde/delområde:<br>Vårdprogram/knä   |
| Ansvarig:<br>Tomas Ericson, verksamhetschef  | Utfärdare:<br><br>Johanna Elofsson, överläkare<br><br>Erik Bergvall, underläkare |
| Gemensamt med:  | Version:<br>2.0   |
| Godkänt datum:<br>2020-05-04  | Nästa revidering:<br>2022-05-04   |



### \*1 Pittsburgh knee rules

Vid falltrauma eller direktvåld mot knä görs alltid röntgen av patient:

- som är under 12 år eller över 50 år.
- alternativt inte kan belasta 4 steg oavsett ålder.

## Allmänt

Mjukdelsskador i knäleden uppkommer vanligen hos idrottande yngre individer där lagidrotter såsom fotboll, handboll och innebandy tillsammans med utförsåkning på skidor står för merparten av skadorna. Mjukdelsskador i knäleden orsakas ofta av indirekt våld i form av vridning och/eller översträckning men även direktvåld förekommer.

En knädistorsion kan vara allt från ett ganska harmlöst tillstånd till ett mycket allvarligt dito med stor risk för bestående invaliditet. Detta PM syftar till att ge enkla råd om utredning och behandling. Observera att verkligheten är ganska komplicerad varför den inte låter sig förenklas så att ett flödesschema täcker allt. Alla fakta måste vägas in: typ av patient, typ av våld, klinisk undersökning, punktat, röntgen med mera.

## Utredning

Den initiala utredningen av dessa patienter grundas på

- Anamnes
- Status
- Röntgen
- Knäpunktion vid hydrops

KOPIA

## Anamnes

Penetrera framför allt skademekanismen.

- Vrid- och/eller vacklingsvåld? I vilken riktning?
- Tidigare problem från knäleden?
- Svullnad? snabbt uppkommen ledsvullnad indikerar hemartros.
- Upphakningar? indikerar meniskskada eller osteokondral fraktur med fri kropp.
- Instabilitetssymtom? indikerar kollateralligament- och/eller korsbandsskador.
- Förmåga att gå och belasta? indikerar graden av skada.
- Anamnes tydande på spontant reponerad patellaluxation?

Om säkert eller möjligt operationsfall: ta även social och medicinsk anamnes.

## Status

- Lokalstatus: synliga hematom? ledsvullnad? lokal ömhet? aktiv och passiv rörlighet?
- Rörelsesmärta? observera att stabilitetstest kan vara svåra att utföra och bedöma i det akuta skedet pga. smärta och muskelförsvär.
- Sidostabilitet? – testas i sträckt läge (instabilitet tyder på omfattande skada) och i 10-20° flexion.
- Främre draglåda? – ofta svårbedömt i akutskedet.
- Lachman? – främre draglåda i 10-20° flexion. Lättare att bedöma i akutskedet.
- Bakre skjutlåda? – ibland är det lättare att se att tibia faller bakåt jämfört med friska sidan vid inspektion från lateralsidan (90° böjd knäled).

### **Knäpunktion vid pågående antikoagulantibehandling**

Behandling med t.ex. trombocythämmare, NOAK eller Waran innebär ingen absolut kontaktindikation för punktion men viss försiktighet ska iakttas. T.ex. vid kombinationsbehandling med antikoagulantia. Försök att använda atraumatisk teknik samt så litet antal stick som möjligt.

KOPIA

### **Gradering av sidoinstabilitet**

Undersöks dels i sträckt läge (instabilitet i sträckt läge tyder på mycket omfattande ligament- och kapselskador), dels i semiflexion 10 – 20°.

Grad 1 = Smärta vid vackling men ingen påvisbar instabilitet.

Grad 2 = Lätt till måttlig instabilitet men distinkt ändläge.

Grad 3 = Uttalad instabilitet utan tydligt ändläge.

### **Undersökning av främre korsbandsinstabilitet**

Undersöks på tre sätt:

1. Lachmans test: Främre draglådetest på semiflekterat knä (10-20° flexion): lättast att påvisa i det akuta skedet.
2. Främre draglåda i 90° flexion: ofta svårbedömt pga. akut smärta, svullnad och sekundära muskelspänningar.
3. Pivot shift: Vridinstabilitet (se nedan. Ofta svår att bedöma i det akuta skedet).

### **Pivot shift**

Test på vridinstabilitet vid främre korsbandsskada. Fatta med ena handen det sjuka benet strax ovan vristen. Patienten ska föröka slappna av med knäleden i sträckt läge. Fatta med andra handen lateralt – underifrån i höjd med distala låret. (Vackla eventuellt försiktigt i valgus) Böj sakta. Vid positiv Pivot shift reponeras laterala femurkondylen framåt från ett i förhållande mot tibia bakåtsubluserat läge.

### **Gradering av korsbandsinstabilitet**

Den sagittala instabiliteten graderas enligt nedan. I det akuta skedet är emellertid graden av korsbandsinstabilitet ytterst svårbedömd beroende på smärta, svullnad etc.

|    |         |
|----|---------|
| 0  | 0–2 mm  |
| 1+ | 3–5 mm  |
| 2+ | 6–10 mm |
| 3+ | > 10 mm |

## Knädistorsion utan fraktur

### Mediala kollateralligamentet

I princip konservativ behandling.

KOPIA

Grad 1-instabilitet vb elastisk binda.

Grad 2–3 ortos med sidostöd (t.ex. Genu Syncro).

Grad 3 + kombinerade skador kan motivera annan behandling. Diskuteras med bakjour.

### Laterala kollateralligamentet

Indikerar en allvarligare knäskada. Oftast kombinerad med andra ligamentskador.

Bör diskuteras med bakjour. Kan kräva operativ behandling.

### Främre korsband

Olika uppfattning om behovet av kirurgi. Bör inte opereras i subakut fas dvs. i inflammationsfasen. Vid isolerad skada rekommenderas remiss till specialintresserad sjukgymnast för ett 3 månaders aktivt rehabiliteringsprogram. Uppföljning hos korsbandsoperatör efter genomförd rehabilitering. Hos ung, mycket idrottsaktiv patient med starka önskemål om att fortsätta med grenspecifik idrott såsom fotboll eller innebandy, rekommenderas tidigare kontakt med korsbandsoperatör. Lämpligtvis inom 6 veckor.

### Bakre korsband

Akuta bakre korsbandsskador behandlas oftast konservativt. Undantaget är dislocerade frakturer i tibiala fästet. Snarast möjligt remiss till ortopedtekniker för utprovning av en PCL-ortos (t.ex. Jack PCL-ortos, 12 veckors behandling). Uppföljning via sjukgymnast och återbesök till korsbandsoperatör.

### Knäluxation

Mycket ovanlig och extremt allvarlig skada. Distalstatus! Upprepas ofta!

Risk för allvarlig kärl- och/eller nervskada. Omedelbar kontakt med bakjour.

Om påverkat distalstatus kontakta omgående kärlkirurg!